

**REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA**  
**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N.4 "FRIULI CENTRALE"**  
 DISTRETTO SANITARIO DI UDINE – VIA SAN VALENTINO, 20 - 33100 Udine  
 SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
 B.I.N.A.

Cognome..... Nome..... Sesso M F

Nat... il..... a..... residente a .....

VALUTAZIONE U.V.D. EFFETTUATA PRESSO (per gli accolti in Casa di Riposo va segnalata la sede di provenienza dell'anziano)

ABITAZIONE  R.S.A. ....  CASA DI RIPOSO .....  ALTRO .....

**PATOLOGIA / DISABILITA' / CONDIZIONE DI DISAGIO PREVALENTE**

1. NEOPLASIE
2. ICTUS
3. DEMENZA
4. TRAUMI E FRATTURE
5. CECITA' E/O SORDITA'
6. M. APP. LOCOMOTORE
7. M. APP. RESPIRATORIO

8. M. APP. GENITOURINARIO
9. DISTURBI PSICHIATRICI
10. GRANDE SENILITA'
11. ASS. RISORSE SOC. e/o FAMIL.
12. DIABETE
13. M. APP. CARDIOVASCOLARE
14. ALTRO (specificare)

**1. MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO**

1.1	NON NECESSARIE	10
1.2	PER ULCERAZIONI E DISTROFIE CUTANEE	30
1.3	PER CATETERE A PERMANENZA	40
1.4	PER PIAGHE DA DECUBITO	100

**6. DEFICIT SENSORIALI**

6.1	NORMALE	10
6.2	DEFICIT CORREGGIBILE CON L'AIUTO DI PROTESI	20
6.3	GRAVE DEFICIT NON CORREGGIBILE	80
6.4	CECITA' E/O SORDITA' COMPLETA	100

**2. NECESSITA' PRESTAZIONI MEDICHE**

2.1	BUONE CONDIZIONI DI SALUTE	10
2.2	NECESSITA' DI CONTROLLI PERIODICI (es. pressione, glicemia, ecc.)	20
2.3	NECESSITA' DI CONTROLLI DEL M. SPECIALISTA DI UN CERTO IMPEGNO	40
2.4	PRESTAZIONI MEDICHE CONTINUATIVE	100

**7. MOBILITA'**

7.1	CAMMINA AUTONOMAMENTE SENZA AIUTO	10
7.2	CAMMINA O SI SPOSTA CON L'AIUTO SALTUARIO DI ALTRE PERSONE	30
7.3	SI SPOSTA CON L'AIUTO DI ALTRE PERSONE O CON CARROZZINA	80
7.4	ALLETTATO DEVE ESSERE ALZATO E MOBILIZZATO	100

**3. CONTROLLO SFINTERICO**

3.1	PRESENTE	10
3.2	INCONTINENZA URINARIA EPISODICA	30
3.3	INCONTINENZA URINARIA PERMANENTE	70
3.4	INCONTINENZA TOTALE	100

**8. ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA**

8.1	TOTALMENTE INDIPENDENTE	10
8.2	AIUTO PROGRAMMATO	20
8.3	AIUTO NECESSARIO MA PARZIALE	50
8.4	TOTALMENTE DIPENDENTE	100

**4. DISTURBI COMPORTAMENTALI**

4.1	ASSENTI	10
4.2	DISTURBI DELL'UMORE	50
4.3	DISTURBI DELLA COGNITIVITA'	80
4.4	DISTURBI DELLA COGNITIVITA' CON COMPORTAMENTO DISTURBATO	100

**9. ATT. OCCUPAZ. E IMPIEGO TEMPO LIBERO**

9.1	ENTRA ED ESCE LIBERAMENTE DALLA RESIDENZA	10
9.2	SVOLGE PICCOLI LAVORI/MANSIONI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	30
9.3	SVOLGE ATTIVITA' CON L'AIUTO DI ALTRE PERSONE	60
9.4	NON SVOLGE NESSUNA ATTIVITA'	100

**5. FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE**

5.1	NORMALE	10
5.2	LINGUAGGIO MENOMATO ESPRIME COMUNQUE IL SUO PENSIERO	30
5.3	COMPRENDE SOLO ORDINI SEMPLICI NON RIESCE AD ESPRIMERE CON COERENZA IL PROPRIO PENSIERO	70
5.4	NON COMPRENDE	100

**10. STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE**

10.1	HA UN ADEGUATO SUPPORTO DELLA FAMIGLIA	10
10.2	SUPPORTO DA PARENTI E AMICI	30
10.3	SUPPORTO DA PARENTI E AMICI SOLO IN CASO DI BISOGNO	70
10.4	SUPPORTO SOLAMENTE ISTITUZIONALE	100

Items sanitari (1,2,4) \_\_\_\_\_

Items assistenziali (3,5,6,7,8,9,10) \_\_\_\_\_

**TOTALE** \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_